

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947

N°

THÈSE 157

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques-Emile-Louis DENIAU

Né le 4 Octobre 1920, à Villeneuve-St-Georges (S.-et-O.)

Présentée et soutenue publiquement le 25 Mars 1947

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU

TUBERCULINE-TEST

ET DES

TRAITEMENTS à la TUBERCULINE

Président : M. MATHIEU, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1949

Nom du Candidat: **DENIAU.**

Prénoms: **Jacques-Emile-Louis.**

Date de la soutenance: **25 Mars 1947.**

Numéro d'ordre: 4904 E.

DENIAU (Jacques - Emile - Louis). — Contribution à l'étude du Tuberculine-Test et des Traitements à la Tuberculine. — Paris, Maurice Lavergne, impr., 1949, in-8°, 56 pages.

(Thèse Méd. (Et.), Paris 1947, N° 4904 E).

DENIAU (Jacques - Emile - Louis). — Contribution à l'étude du Tuberculine-Test et des Traitements à la Tuberculine. — Paris, Maurice Lavergne, impr., 1949, in-8°, 56 pages.

(Thèse Méd. (Et.), Paris 1947, N° 4904 E).

DENIAU (Jacques - Emile - Louis). — Contribution à l'étude du Tuberculine-Test et des Traitements à la Tuberculine. — Paris, Maurice Lavergne, impr., 1949, in-8°, 56 pages.

(Thèse Méd. (Et.), Paris 1947, N° 4904 E).

DENIAU (Jacques - Emile - Louis). — Contribution à l'étude du Tuberculine-Test et des Traitements à la Tuberculine. — Paris, Maurice Lavergne, impr., 1949, in-8°, 56 pages.

(Thèse Méd. (Et.), Paris 1947, N° 4904 E).

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques-Emile-Louis DENIAU

Né le 4 Octobre 1920, à Villeneuve-St-Georges (S.-et-O.)

Présentée et soutenue publiquement le 25 Mars 1947

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU

TUBERCULINE-TEST

ET DES

TRAITEMENTS à la TUBERCULINE

Président : M. MATHIEU, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1949

DOYENS HONORAIRES :
MM. BALTHAZARD, BAUDOUIN, ROUSSY

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBERTIN, BALTHAZARD, BASSET, BAUDOUIN, BEZANÇON, BRINDEAU,
CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, A. COUVELAIRE, DELBET, HARTMANN,
HEITZ-BOYER, JEANNIN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE,
LENORMANT, MARION, MULON, OMBREDANNE, ROUSSY, ROUVIÈRE
SANNIÉ, SÉBILEAU, SÉZARY, TANON

DOYEN : LÉON BINET, Membre de l'Institut
ASSESEUR : JEAN VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER (f.f.).
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	{ BROCC.
	{ CADENAT.
	{ MONDOR.
	{ QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (f.f.).
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	N...
Cliniques médicales	{ BENARD (H.).
	{ CHABROL.
	{ HARVIER.
	{ LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P.-VALLÉRY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	N...
Cliniques obstétricales	{ LANTUÉJOUL.
	{ LÉVY-SOLAL.
	{ PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÈNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK

LEIDEN.

Histologie
 Hydrologie thérapeutique et climatologie
 Hygiène et clinique de la première enfance
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine du Travail
 Médecine légale
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie chirurgicale
 Pathologie exotique
 Pathologie expérimentale et comparée
 Pathologie médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pharmacologie et matière médicale
 Physiologie
 Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)
 Puériculture
 Radiologie médicale
 Stomatologie
 Physique médicale
 Technique chirurgicale
 Thérapeutique

MM.

CHAMPY.
 BESANÇON (Justin).
 CATHALA.
 JOANNON.
 DUVOIR.
 PIÉDELIÈVRE.
 BRUMPT (E.).
 PETIT-DUTAILLIS.
 LAVIER.
 LEMAIRE.
 MOREAU.
 DE GENNES
 HAZARD.
 BINET (Léon).
 RICHET.
 LELONG.
 DESGREZ (Henri).
 DECHAUME.
 STROHL.
 MOULONGUET.
 LAROCHE (Guy).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
 HALPHEN (*Oto-Rhino-Laryngologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 Mlle J. LÉVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
 Anatomie { CORDIER.
 { DELMAS.
 { DEBEYRE (f.f.).
 Anat. pathologique.. { DELARUE.
 { M^{lle} GAUTHIER
 { WILLARS.
 Bactériologie { BONNET.
 { FASQUELLE.
 Biochimie médicale. { ETTORI.
 { SCHAPIRA.
 Dermato-Syphillogra-
 phie { DEGOS.
 Histologie { COUJARD.
 { DESCLAUX.
 Hydrologie { DEBRAY.
 Hygiène { BOYER.
 { DEPARIS.
 Médecine légale { DESOILLE.
 Neurologie { DE SEZE.

MM.
 { DIGONNET.
 { MAYER.
 Obstétrique { SUREAU.
 { VARANGOT.
 Ophtalmologie { OFFRET.
 Oto-rhino-laryngol... { AUBIN.
 Parasitologie { BRUMPT, L.C.
 { FEVRE.
 Pathologie chirurgie. { HUGIER.
 { LEGER.
 { MERLE D'AU-
 { BIGNÉ.
 Psychiatrie { BARUK.
 Urologie { COUVELAIRE.
 { PADOVANI.
 Pathologie chirurgie. { PATEL.
 { ROUX.
 { RUDLER.
 { SICARD.

	MERLEW.	Pédiatrie	{ LAPLANE.
Pathologie expérim..	{ BROUET.		{ MARIE (Jul.).
	CACHERA.	Pharmacologie	CHEYMOL.
	DECOURT.	Physiologie	{ BARGETON.
	DREYFUS (G.)		{ PARROT.
	FAUVERT.	Physique médicale .	DJOURNO.
Pathologie médicale.	GARCIN.	Thérapeutique Agr.	BROUET.
	HAMBURGER.	ch. dens.	
	KOURILSKY.		
	LAMY.		
	LENÈGRE.		
	MARCHAL.		
	MAURIC.		
	SOULIE.		

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS
RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*),

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS
CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	{ AMELINE.		{ BARIETY.
	BASSET.		BOULIN.
Cliniq. chirurgicale.	DE GAUDART		CHEVALIER.
	d'ALLAINES.	Clinique médicale ..	COSTE.
	F. BRENTANO.		{ DE GENNES.
	GATELLIER.		{ HAGUENEAU.
	MENEGAUX.		MOLLARET.
Cliniq. obstétricale .	{ ECALLE.		{ MOUQUIN.
	LACOMME.		{ TURPIN.
Clinique ophtalmol. .	RENARD.	Clinique O.R.L.	HALPHEN.

V. — CHARGÉS DE COURS
Radiologie LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté.	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.
Bibliothécaire en Chef..	A. HAHN.
Bibliothécaires	M ^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MA SOEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL MATHIEU

*qui m'a fait le grand honneur de
présider mon jury de thèse.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR CHARLES LAUBRY

*qui m'a guidé au début de mes
études médicales avec une bien-
veillante sollicitude.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR GÉRARD-MARCHANT

*qui a bien voulu m'accepter dans
son service et m'inculquer la
mesure et la logique dont est
imprégnée sa méthode de travail.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR LÉON VANNIER

A M. LE DOCTEUR FRANÇOIS LAMASSON

*qui, rencontré providentiellement,
m'a initié à l'homéopathie.*

INTRODUCTION.

Le Tuberculine-test, épreuve de diagnostic de la tuberculose par injection sous-cutanée de tuberculine, remonte à l'époque de la découverte de Koch, dès que ce dernier montra l'existence de phénomènes appelés depuis allergiques : l'organisme porteur de bacille et l'organisme non contaminé réagissent d'une manière différente.

Cette épreuve à la tuberculine fut ensuite abandonnée jusqu'à ces derniers temps à cause de la gravité des réactions focales pulmonaires qu'elle déclenchait. Reprise maintenant dans les cas nettement délimités où la réaction syndromique ne peut pas déterminer des accidents graves, elle se révèle une épreuve de certaine valeur. Nous ne reviendrons ni sur l'histoire des épreuves à la tuberculine, ni sur la diversité des théories concernant la spécificité de ces différentes épreuves, per-cuti et cuti réaction, intra dermo réaction.

Bien des opinions divergentes ont été et sont encore émises au sujet de la valeur du tuberculine-test, en France.

Les uns affirmant que la tuberculine est susceptible d'éveiller des réactions dans des affections non tuberculeuses dénieient toute valeur au tuberculine-test (Coste, Lacapere, Bezourson, Weissenbach).

Les autres émettent des idées toutes différentes. Les travaux de MM. JACQUELIN et TURIAT, les thèses

de Mlles ROTTE et LAZINIER accordent à ce même tuberculine-test une valeur certaine.

Notamment dans l'étude biologique du rhumatisme tuberculeux, auquel la majorité des travaux des auteurs ci-dessus, se rapportent.

De leurs conclusions, il ressort que la fidélité des réponses du tuberculine-test correctement pratiqué s'oppose à l'incertitude de l'étude clinique et radiologique du syndrome articulaire et à l'insuffisance des investigations de laboratoire ordinairement utilisées. Pour eux, il faut utiliser le tuberculine-test dans de nombreux cas pour essayer de préciser le diagnostic que clinique et laboratoire ne permettaient pas d'obtenir.

Le traitement à la tuberculine a été employé souvent, en injections progressives, notamment dans des cas de rhumatisme tuberculeux ou présumé, et également dans des cas de spondylose, avec plein succès.

Pour nous, nous nous contenterons de présenter une série d'observations, épreuves et traitements faits dans le Service du Docteur GÉRARD-MARCHANT à l'hôpital de Créteil durant l'année 1944.

Aiguillés par les travaux antérieurs, nous avons d'une part pratiqué le tuberculine-test sur 40 malades, d'autre part appliqué le traitement à la tuberculine durant une période allant de 4 à 5 mois sur 22 de ces malades, que la réponse du tuberculine-test soit ou non positive.

Ces 40 malades se répartissent ainsi :

- 1 fracture de colonne (Obs. 1),
- 2 ostéomyélites (Obs. 2 et 3),
- 2 arthrites blennorrhagiques (Obs. 4 et 5),

3 spondyloses (Obs. 6, 7 et 8),

7 tuberculoses osseuses certaines (Obs. 9 à 16).

23 sujets suspects de Pott, ou présentant des arthrites à évolution lente apyrétique et à tendance légèrement ankylosante et dont 6 portaient d'autres lésions tuberculeuses (Obs. 16 à 40).

Tous ces malades suivis déjà depuis au moins 1 ou 2 ans avant l'épreuve, avaient été l'objet d'examens systématiques répétés tant au point de vue radiologique, soit pulmonaire, soit osseux, qu'au point de vue examens de laboratoire, crachats, inoculation au cobaye, vitesse de sédimentation, Ver-
nes, résorcine, etc...

TECHNIQUE UTILISÉE

La tuberculine que nous avons utilisée est la tuberculine brute de l'Institut Pasteur, les solutions à injecter étaient préparées extemporanément avec du sérum salé isotomique additionné de 0 gr. 50 % d'acide phénique. Le mélange des solutions se faisait par agitation, en aspirant et en refoulant le liquide avec la seringue, dans des cupules en porcelaine préalablement flambées.

Les seringues servant au mélange et à l'injection étaient graduées en $1/10$ de cc., les aiguilles étaient des aiguilles à injection intradermiques ou hypodermiques de diamètre petit ou moyen.

Les injections du tuberculine-test se faisaient en intradermiques, celles du traitement en hypodermiques.

Le lieu d'injection était la région deltoïdienne, en changeant de côté à chaque injection.

Le malade était mis au lit durant les 48 heures qui suivaient chaque injection de tuberculine, la température était prise toutes les trois heures, et les réactions vérifiées toutes les 12 heures.

Pour le tuberculine-test, on injectait :

La 1^{re} fois 1 cc. de solution à $1/1000$,

soit 0 gr. 001 de tuberculine

3 jour après, $3/10$ cc. de solution à $1/100$,

soit 0 gr. 003 de tuberculine

5 jour après, 5/10 cc. de solution à 1/100,
soit 0 gr. 005 de tuberculine

Pour le traitement, les doses étaient augmentées progressivement suivant les réactions et l'état général des malades. Elles se répétaient une fois par semaine. La durée du traitement variait entre 4 et 5 mois et des doses importantes ont été injectées ; certains malades ont reçu jusqu'à 60 et 65 centigrammes comme dose totale.

DESCRIPTION DES RÉACTIONS A ENREGISTRER

Classiquement, on décrit trois groupes de réactions :

Une réaction locale.

Qui apparaît de 12 à 24 h. après l'injection et autour du point où on l'a pratiquée, excessivement variable tant dans son intensité, que dans sa durée et sa morphologie.

On constate le plus souvent une zone congestive et oedémateuse plus ou moins étendue, plus ou moins douloureuse et prurigineuse.

Nous désignerons suivant l'intensité de la congestion et l'étendue de la zone aréolaire, par une classification grossière R L —, +, ++ ou +++, cette dernière lorsque la congestion aboutit en 24 h. à l'apparition d'une phlyctène.

Une réaction générale.

Elle aussi extrêmement variable dans ses modalités.

Elle apparaît ordinairement de 6 à 10 heures après l'injection et persiste en moyenne de 4 à 12 heures.

Elle se manifeste objectivement par une élévation thermique et s'accompagne de troubles subjectifs tels que malaises, courbatures, céphalées, insomnies. On enregistre en outre les troubles vasomoteurs et parfois des manifestations viscérales.

La caractéristique de ces troubles en est la soudaineté d'apparition, leur résolution rapide sans trouble résiduel. Nous désignerons par R G +, ++, +++, suivant uniquement le degré thermique $++ = 38^{\circ}$, $++ = 38^{\circ}5$, $+++ = 39^{\circ}$.

Une réaction syndromique.

C'est elle qui est la plus importante et elle doit être étudiée très attentivement et surtout très objectivement.

Elle est brutale dans son apparition, courte dans sa durée, parfois fugace. Elle se produit de la 6^e à la 12^e heure, et dure de 6 à 12 heures.

Elle consiste en deux ordres de phénomènes :

1) une réaction dite focale qui consiste en une exacerbation des manifestations pathologiques sur les points malades douteux ;

2) la réaction syndromique proprement dite qui consiste en réveil d'anciennes localisations soit articulaires, soit viscérales à distance du foyer actuel ou en l'apparition de nouvelles déterminations.

Nous désignerons par R S et R F ses deux réactions en les différenciant chaque fois que cela sera utile.

PHYSIO-PATHOGENIE DU SYNDROME TUBERCULINIQUE

Nous allons rappeler brièvement les idées actuelles sur ce sujet. L'injection de tuberculine chez un sujet porteur de foyers tuberculeux provoquerait un remaniement lésionnel explosif, transitoire et rapidement résolutif.

On conçoit que suivant la localisation et l'étendue des foyers, le syndrome fluxionnaire soit bruyant ou au contraire trop discret pour être décelé.

Il se produirait non seulement au niveau des foyers tuberculeux, mais aussi à distance de ces foyers, soit au niveau d'organes qui ne sont pas le siège de foyers tuberculeux au sens histologique et bactériologique, soit par des manifestations purement fonctionnelles.

Certains disent qu'il s'agit là de phénomènes de sensibilisation, d'hyperergie ou même de choc.

D'autres au contraire pensent que ce syndrome est le fait de troubles liés à des altérations tissulaires qui réagissent spécifiquement vis-à-vis de la tuberculine, et invoquent des réactions secondaires de l'infection tuberculeuse.

On peut concevoir que la réaction fluxionnaire libérerait et ferait sortir du foyer tuberculeux considéré comme réservoir, des substances éla-

borées par les bacilles de Koch, substances voisines des composants de la tuberculine, qui, disséminées dans l'organisme et avant d'être éliminées iraient se fixer transitoirement sur les organes en état fonctionnel déficient, et suivant les aptitudes réactionnelles de chacun.

PRESENTATION DES OBSERVATIONS

Sans insister plus longuement sur les hypothèses soulevées par les réactions à la tuberculine et sur lesquelles nous reviendrons lorsque nous commenterons les observations ci-dessous, nous présenterons succinctement les quelques cas que nous avons pu suivre et étudier. Ils sont présentés groupés et séries ; à la fin, un tableau récapitulatif en donnera d'une manière comparative les éléments essentiels.

I. — FRACTURE DE COLONNE

OBSERVATION 1. — C... Léon, 40 ans.

Début en 9-42. Chute d'un toit aboutissant à une fracture de L 2. Malade mis en coquille. Rapatrié pour douleurs lombaires à la marche, en 9-43, à Créteil on fait le diagnostic de fracture de L 2 et l'on pratique une greffe d'Albee. En mai 1944, nous faisons chez ce sujet, dont la radio pulmonaire montrait une I.T.N., un tuberculine-test montre :

R L +

R S 0

R G 0

II. — OSTÉOMYÉLITES

OBSERVATION 2. — B... Marcel.

Début en Juin 1942 après un phlegmon du pouce droit le malade présente une ostéomyélite du fémur gauche.

Sa radio pulmonaire est normale, son état général bon en Août 1944, où nous pratiquons un tuberculine-test :

RL +

RS o

RG o

OBSERVATION 3. — T...

Début en Septembre 1942 après une grippe intestinale (P). Le malade présente un abcès à la cuisse droite incisé en Allemagne.

Depuis, suppuration continue et le malade est rapatrié pour ostéomyélite du fémur droit. Il a présenté également un petit foyer sternal.

La radio pulmonaire est normale, son état général est bon en Août 1944 où nous pratiquons un tuberculine-test :

RL +

RS o

RG o

CONCLUSION

Deux observations qui montrent d'une manière négative mais certaine la spécificité du tuberculine-test.

III. — ARTHRITES BLENNORRHAGIQUES

OBSERVATION 4. — P... Hepri.

Début en Novembre 1943 avec température élevée (40°) et abcès dans la région susiliaque gauche. Aurait fait en Allemagne une hémoptysie et présenté une réaction ménin-

gée avec Kernig, raideur de la nuque, une ponction lombaire aurait ramené un liquide clair, dont la tension était à 23 et l'examen cyto bactériologique négatif.

Il aurait présenté par la suite un abcès dans la région susiliaque gauche qu'on aurait ponctionné 4 fois.

Il a été rapatrié pour infarctus pulmonaire, cortico-pleurite et arthrite sacroiliaque.

En Février 1944, à Créteil, on trouve une cicatrice dans la région susiliaque gauche, aucun empatement. Le malade se plaint de douleurs lombaires vagues. Les radios, tant vertébrales que du bassin, ne montrent rien. Une I.T.N.

Le Werners résorcine et la vitesse de sédimentation sont normaux ; un tuberculine test montre :

RL +

RS 0

RG $\pm$ 37°5

Malgré ce tuberculine-test négatif, un traitement est institué. Le malade présente au cours des injections un incident : une semaine après une injection de 1 ctg., il présente avec une injection de 1 ctg. 5, une réactivation de la précédente injection ; enfin, une injection de 2 ctg. provoque le déclenchement durant 24 heures d'une crise douloureuse intense polyarticulaire. Devant les caractères de cette réaction, une gono-réaction est faite qui se révèle positive, et le malade avoue avoir eu avant tous ses accidents en Allemagne une blennorrhagie. Le traitement au Dmelcos réveille au départ une crise douloureuse intense polyarticulaire analogue à celle déclenchée par l'injection de 2 ctg. de tuberculine.

OBSERVATION 5. — T... Joseph,

Début en Novembre 1943 par une tuméfaction du genou gauche avec température élevée et douleur intense.

Rapatrié en Janvier 1944 pour tumeur blanche du genou gauche, à son arrivée à Créteil, on lui trouve un genou gauche globuleux, froid, une légère hydarthrose, une amyotrophie de la cuisse gauche, pas d'adénopathie inguinale, les mouvements de flexion et d'extension ne sont pas limités.

La radio des deux genoux montre une légère décalcification homogène du genou gauche. Une inoculation au cobaye du liquide de ponction s'avère négative, la gono-réac-

tion est positive, un tuberculine-test fait en Avril 1944 montre :

R L +

R S o

R G o

CONCLUSION

Ces deux observations corroborent les deux précédentes pour la spécificité du tuberculine-test, mais l'observation 4 montre ce fait, combien curieux, d'une réactivation locale chez un sujet non tuberculeux.

IV. — SPONDYLOSES

OBSERVATION 6. — L... Yves, 41 ans.

Début en Septembre 1940. Douleurs vertébrales à la marche, enraidissement progressif et apyrexie complète.

L'enraidissement et les douleurs ne font qu'augmenter durant les trois années qui suivent.

Entré à Créteil en 1944, on fait le diagnostic de spondylose rhizomyélique ; un tuberculine-test pratiqué en Juin 1944 montre :

R L +

R S o

R G o

un traitement à la tuberculine est essayé qui, en cinq mois, ne donne aucun résultat appréciable.

On l'abandonne alors pour faire le traitement classique au Thorium.

OBSERVATION 7. — P... Francisk.

Début en Novembre 1941 par des algies lombaires gauches, puis en Décembre elles s'étendent à la région cervicale et se généralisent bientôt D.U en Juin 1943 pour Pott C-3, C 4, C 5.

Arrivé à Créteil, il présente des algies vertébrales sur toute la hauteur de la colonne, ses réflexes ostéotendineux sont vifs, pas de troubles de la sensibilité. Tous les mouvements de flexion, et de rotation sont extrêmement limités et il présente une rigidité segmentaire.

Les radios successives montrent l'existence d'une spondylose.

Un tuberculine-test est fait en Avril 1944 :

R L +

R S o

R G o

Un traitement est institué durant cinq mois, qui ne donne aucune amélioration. On abandonne la tuberculine pour le traitement au thorium.

OBSERVATION 8. — R... Pierre.

Début en Mai 1942 par des douleurs polyarticulaires D.U. pour tuberculose pulmonaire.

Arrivé à Créteil en Novembre 1942. Sa radio pulmonaire montre une I.T.N. On trouve par contre une limitation des mouvements de flexion et d'extension du tronc. Une rigidité localisée au niveau de la région lombaire. Pas d'abcès, les réflexes sont normaux. La radio montre un pincement de L 2 L 3.

Maintenu en observation en coquille, il reste apyrétique l'ankylose augmente, les signes radiologiques apparaissent qui permettent de faire le diagnostic d'une spondylose. Un tuberculine-test pratiqué le 24 Avril montre une

R L ±

R S o

R G +

Un traitement à la tuberculine durant 4 mois ne donne aucun résultat et on l'abandonne pour un traitement au thorium.

CONCLUSION

Ces observations montrent non seulement l'absence de toute réaction tuberculinique chez nos trois

spondyloses, mais aussi l'inefficacité absolue du traitement à la tuberculine contrairement à ce que nous attendions.

V. — TUBERCULOSES OSSEUSES CERTAINES

OBSERVATION 9. — P..., 38 ans.

Pott L 2 L 3. Abscès froid thoracique.

Début en Septembre 1942. Pleurite gauche. Tuméfaction dans la région de l'appendice xyphoïde et dans la région sacro-lombaire gauche. Rapidement, fistulisation de l'abcès froid xyphoïdien. En Décembre 1942, on ponctionne l'abcès froid sacro-iliaque les radios ne montrent aucune lésion tant du côté vertébral que du côté de l'articulation sacro-iliaque. Radio pulmonaire montre une I.T.N.

Le malade est mis au repos, en coquille plâtrée, et des radios sont prises périodiquement ; en février 1944, elles permettent de mettre en évidence un Pott L 2 L 3. Un tuberculine-test est pratiqué en Juin 1944 où il se plaint de douleurs polyarticulaires.

R L + + +

R S +

R G +

La réaction syndromique met en évidence une pleuro-dynie du côté gauche et des algies vertébrales de L 1 à L 4, une reprise d'activité du côté de l'abcès froid xyphoïdien avec un écoulement plus abondant. A noter qu'une injection de 3 ctg. provoque, durant la période de réaction syndromique, une réactivation de la précédente injection avec formation d'un micro abcès froid sous-cutané et fistulisation, l'écoulement s'est tari d'ailleurs en une semaine. Disparition des algies polyarticulaires après le traitement.

OBSERVATION 10. — C... Albert, 24 ans.

Début en fin 1940 par des algies polyarticulaires, puis en 1941 et 1942 se précisent et évoluent une coxalgie droite, une tumeur blanche du genou droit, et enfin en 1942 une tumeur tibio-tarsienne droite. Le malade, à son arrivée à Cré-

teil, est plâtré et sa tumeur blanche tibio-tarsienne se fistulise. En fin 1943, le malade se plaint de douleurs multiples, poly-articulaires, à gauche. Les radios ne montrent rien de ce côté-là.

En mai 1944, un tuberculine-test est pratiqué, qui montre

R L +

R S +

R G +

La réaction syndromique caractéristique, avec la réaction focale positive aux trois localisations :

cox droit,

genou droit,

tibio-tarsienne droit.

Un traitement est institué, qui produit quelques troubles hépato-digestifs, sans aucune amélioration.

OBSERVATION 11. — F... Albert, 35 ans.

Début en Juin 1941, le malade présente, après des douleurs lombaires, une hématurie. Rapatrié pour tuberculose rénale, on lui fait, en Octobre 1943, une néphrectomie droite.

Il arrive en Mars 1944 à Créteil, comme suspect de Pott ; il présente des algies vertébrales, des douleurs à la percussion des vertèbres lombaires. Ses réflexes sont vifs. On ne note rien de spécial au point de vue radiologique. La radio pulmonaire montre l'absence de toute lésion.

Un tuberculine-test fait le 11 Juillet 1944 montre :

R L +

R S +

R G +

Un traitement est institué prudemment qui amène une sédation notable des algies vertébrales, mais quelques troubles hépato-digestifs.

OBSERVATION 12. — G... Herménégilde, 34 ans.

Début en Août 1942 où le malade présente un œdème du pied gauche des douleurs à la marche. Plâtré, il est rapatrié pour ostéite tuberculeuse du scaphoïde gauche. A son

arrivée en Avril 1942, on a un malade apyrétique. Les mouvements de flexion et d'extension du pied gauche sont limités. Il présente une tuméfaction légèrement fluctuante sur la face externe du pied gauche. En Mai 1944, le Docteur Gérard MARCHANT pratique une intervention. Ablation du scaphoïde et du cuboïde, curettage de la loge astragalienne et du calcaneum. Il se plaint également de douleurs lombaires. Un tuberculine-test pratiqué en Juin 1944 montre :

 $R_1(L) +$
$$R_1 S_1 +$$

R.G. 4

Le malade présente non seulement une réaction focale dans la région opérée sans aucune exacerbation vertébrale, mais présente également des vomissements et des douleurs dans la fosse iliaque droite.

OBSERVATION 13. — L... Henri, 35 ans.

Début en Décembre 1941 où le malade présente des douleurs poly-articulaires, en Mai 1942 elles deviennent uniquement dorso-lombaires, et le malade est rapatrié en Juin 1943 pour mal de Pott.

Arrivé à Créteil, la radio montre un processus évolutif de DXH. On lui fait, le 22 Juin 1943, une greffe d'Albee (Docteur Gérard MARCHANT). En Décembre 1943, le malade se lève, il présente en Février 1944 des algies multiples poly-articulaires très variables quant à la localisation et à la durée. On lui fait à ce moment de la chrysothérapie qui ne donne aucun résultat.

Un tuberculine-test est pratiqué le 27 Avril 1944 :

R.L. †

$$RS + 5 (D_{10}, D_{11}, D_{12} \text{ et poly-})$$

RG + (articulaire)

Un traitement à la tuberculine est institué, avec augmentation très progressive des doses, le malade ayant présenté des troubles hépato-intestinaux lors des premières injections de tuberculine ; le traitement poursuivi 4 mois amena la disparition des algies, il fut interrompu par l'apparition d'un abcès de la marge de l'anus.

OBSERVATION 14. — F... Jean.

Début en Février 1941 où le malade présente des algies lombaires. La radio montre en Juin 1942 une ostéite par-articulaire sacro iliaque droite, l'on pratique alors une ar-trodèse sacro-iliaque droite. Il arrive en Février 1943 à Cré-teil, où il présente des algies multiples et variables calmées par le repos.

En Mai 1943, on pratique une résection de l'extrémité du greffon qui est un peu long. En Mai 1944 un tuberculine-test est pratiqué :

R L +

R S +

R G +

La réaction syndromique caractéristique, avec réaction focale sacro-iliaque droite.

Un traitement est institué durant 4 mois qui amène une faible amélioration.

OBSERVATION 15. — M... Achille, 24 ans.

Début en Février 1942 où le malade fait une pleurésie gauche, ponctionnée deux fois, et avec une poussée fébrile de longue durée. En novembre 1942, il présente un abcès froid dorsal, puis en Février 1943 un abcès froid thoracique, sur lequel on intervient pour faire un curettage d'un foyer d'os-téite de la partie antérieure de la douzième côte gauche. A cette date, l'abcès froid dorsal n'est plus en évolution. En Avril 1943, à son arrivée à Créteil, il présente un petit abcès froid costal gauche fistulisé et un volumineux abcès froid thoracique qui, ponctionné, se fistulise cependant à la fin Mai. Il est envoyé comme suspect de Pott mais les radios ne mon-trent rien. Il est gardé en observation et les abcès fistulisés évoluent d'une manière torpide.

Le 27 Avril 1944, on pratique un tuberculine-test :

R L +

R S +

R G +

La réaction syndromique positive, caractérisée par une pleurodynie intense gauche, une douleur costale tout le long de la partie non réséquée de la 12^e côte gauche, et une aug-

mentation de la quantité de pus s'écoulant par les fistules. Un traitement est institué qui, en 5 mois, donne une légère amélioration quant à la cicatrisation des fistules, qu'à l'état général ; mais amène avec des douleurs abdominales des troubles hépato-digestifs.

CONCLUSION

Ces observations sont doublement intéressantes d'une part parce qu'elles démontrent d'une manière claire la spécificité du tuberculine-test, d'autre part parce qu'elles montrent chez des tuberculeux l'amélioration des algies poly-articulaires et l'influence très nette du traitement à la tuberculine sur les abcès froids fistulisés.

VI. — SUSPECTS DE POTT, OU PRÉSENTANT DES ARTHRITES A ÉVOLUTION LENTE APYRÉTIQUE ET A TENDANCE LÉGÈREMENT ANKYLOSANTE

OBSERVATION 16. — C... Waslaw, 24 ans.

Début en Juin 1942. Douleurs dans les genoux, les poignets et les coudes.

Les articulations deviennent globuleuses, les mouvements sont limités, température irrégulière pouvant atteindre 38°. Existence de ganglions inguinaux.

Les radios à son arrivée à Créteil en Septembre 43 ne montrent aucun signe de tuberculose osseuse.

Traité par aurothérapie.

En Avril 1944, un tuberculine-test montre :

R.L 0

R.S 0

R.G +

Quoiqu'il soit négatif, on traite le malade durant trois mois par des injections de tuberculine qui ne donnent aucun résultat.

OBSERVATION 17. — S... Gaston, 36 ans.

Début en Juillet 1942. Algies dorso-lombaires persistantes. Rapatrié en Février 1943, il est envoyé en observation pour mal de Pott, à Créteil. Au point de vue clinique, il ne présente qu'une légère rigidité à la flexion. Le malade est mis au repos, les radios successives ne montrent aucune anomalie, le diagnostic de Pott est éliminé et le malade se lève. Un tuberculine-test est fait en Juin 1944 et montre :

RL + + +

RS 0

RG + + +

A noter que ce malade auquel on a continué durant plusieurs mois les injections de tuberculine, a présenté une réactivation locale d'une injection précédente par une dose plus forte ou égale de tuberculine ; le malade a présenté 2 de ces incidents. Il a présenté également des gastralgies. L'amélioration obtenue a été médiocre.

OBSERVATION 18. — A... Robert, 24 ans.

Malade hospitalisé en Novembre 1943 pour hernie inguinale et ayant présenté des algies lombaires. Il est envoyé comme suspect de Pott. Une radio montre L 3 suspecte, mais cette image n'est plus retrouvée par la suite.

Il entre en Juillet à Créteil où l'on se trouve devant un malade apyrétique, ne présentant ni abcès froid ni troubles moteurs, ni troubles sensitifs, dont les réflexes ostéotendineux sont normaux, qui présente un peu de raideur lombaire et accuse une douleur à la percussion de L 3 L 4. Ses radios ne montrent rien et son image pulmonaire est normale.

Un tuberculine-test montre :

RL +

RS 0

RG 0

OBSERVATION 19. — L... Constant, 43 ans.

Début en Janvier 1944 par des douleurs cervicales plus accentuées à la marche, on suspecte à ce moment un Pott cervical et on le plâtre. Le malade arrive en Mai 1944 à Cré-

teil avec une minerve. Il est mis en observation en coquille, les radios successives ne montrent pas de Pott.

Un tuberculine-test pratiqué en Mai 1944 montre :

R L +

R S o

R G o

Le traitement poursuivi amène la disparition des algies.

OBSERVATION 20. — L... Stephan.

Début en Mai 1941. Augmentation du testicule droit. En Avril 1942, intervention (?) en Allemagne, puis le malade est rapatrié. A son arrivée à Créteil, en Octobre 1942, on trouve un testicule droit dur, lisse, avec un épидидyme difficile à sentir et une fistule suppurant abondamment. Le Docteur GAUME fait une épидidymectomie droite. Le malade présente en outre des douleurs lombaires bilatérales, les radios ne révèlent qu'une spondylose de L5 et un sacrum horizontal qui suffisent à expliquer les douleurs.

Un tuberculine-test est pratiqué en Juin 1944 :

R L +

R S o

R G o

OBSERVATION 21. — V... Georges, 36 ans.

Début en Septembre 1941 où le malade fait une pleurésie droite. En Août 1942, un abcès de la marge de l'anus qui aboutit à une fistule, présente en 1943 des algies lombaires progressives à la marche. La radio ne révèle rien.

Un tuberculine-test fait en Juin 1944 montre :

R L +

R S +

R G +

Aucune réaction focale du côté des algies lombaires, mais pleurodynie intense. Un traitement est institué qui amène la disparition des douleurs lombaires mais provoque quelques troubles digestifs.

OBSERVATION 22. — D... Gaston.

Début en Juillet 1943 par une pleurésie droite. En Octobre il présente des douleurs dorso-lombaires et est rapatrié comme suspect de Pott. Mis en observation en Février 1944 à Créteil. Malade apyrétique, sans aucune évolution morbide, la radio montre une légère scoliose dorsale sans aucune lésion pottique.

Le tuberculine-test fait en Avril 1944 montre :

R L +

R S +

R G +

La réaction syndromique caractérisée, par une pleurodynie droite nette, aucune autre réaction. Un traitement institué durant 5 mois ne donne aucun résultat sur les algies.

OBSERVATION 23. — L... Marcel.

Début en Février 1942 où le malade présente des algies cervicales et où l'on note l'apparition d'un abcès froid sternal de petite importance et qui est ponctionné.

En Août 1942, il est rapatrié pour son abcès froid sternal et un mal de Pott cervical probable. Il est à ce moment en minerve. A son arrivée, les radios ne montrent aucune lésion pottique.

Les algies persistent.

Un tuberculine-test est pratiqué en Juin 1944 :

R L +

R S +

R G +

La réaction caractérisée par une légère réaction inflammatoire du côté de l'abcès sternal — rien du côté vertébral. Un traitement est institué qui amène une rétrocession des troubles douloureux.

OBSERVATION 24. — L... Paul.

Début durant l'hiver 1940 où il aurait présenté un épisode pulmonaire puis en Janvier 1941 une adénite cervicale droite, puis gauche. En Juin 1941, il présente des algies dorso-lombaires qui augmentent progressivement. A ce moment,

il est mis en coquille jusqu'en 1943. Aucune évolution radiologique, le diagnostic de Pott est définitivement éliminé.

À son arrivée, les douleurs persistent. Les adénites ont terminé leur évolution depuis longtemps, la radio pulmonaire montre une séquelle de pleurésie gauche.

Un tuberculine-test en Juin 1944 montre :

RL +

RS +

RG +

La réaction syndromique caractérisée par une pleurodynie gauche. Légère réaction inflammatoire au niveau des adénites, rien du côté vertébral.

Le traitement institué durant 4 mois ne donne aucun résultat sur les douleurs.

OBSERVATION 25. — F... Louis.

Début en Août 1943 par des douleurs dans la main gauche avec gonflement.

D.U. en Octobre 1943 comme suspect de tumeur blanche du poignet gauche. À son arrivée à Créteil, on déplaître le malade, l'examen clinique ne montre rien de particulier sauf une gêne des mouvements et une légère amyotrophie de l'avant-bras gauche.

La radio est normale.

Un tuberculine-test fait en Avril 1944 montre :

RL +

RS +

RG 0

La réaction syndromique caractérisée par une pleurodynie droite alors que le malade ne se souvient pas avoir eu d'accident pulmonaire.

OBSERVATION 25. — T... Marcel, 40 ans.

Début en Septembre 1943, présente à ce moment une tuméfaction dans l'aisselle droite, puis plusieurs dont quelques-unes suppurent. On fait en Novembre un curettage. Nouvelle poussée d'hydrosadénite qui se termine en Décembre. Il présente alors des douleurs dans son épaule droite, une

gène dans les mouvements de son articulation et une limitation de l'abduction. A cette date, il est plâtré.

Arrivé en Mai 1944 à Créteil. Les radios montrent une arthrite chronique de l'épaule droite, la radio pulmonaire, les antécédents ne révèlent rien.

Le tuberculine-test est pratiqué le 8 Juillet 1944.

RL +

RS 0

RG +++ (40°)

L'épaule est alors mobilisée et l'on se sert de la tuberculine comme d'une thérapeutique de choc. Le malade présente des réactivations locales trois fois. On note une diminution des douleurs au bout de deux mois de traitement.

OBSERVATION 27. — R... Louis.

Début en Janvier 1943 par des douleurs dans le genou droit qui aboutissent en Novembre 1943 à un genou globuleux avec toujours persistance des douleurs à la marche, calmées par le repos. D.U. en Mars 1944 pour tumeur blanche du genou droit.

A son arrivée, à Créteil, on trouve un genou droit globuleux avec effacement des ménisques, sans choc rotulien ni augmentation de température locale, mais épaissement de la synoviale, pas d'atrophie musculaire, mais douleur à la marche et au repos, flexion limitée, légère adénopathie inguinale.

La radio ne permet pas de conclure à une tumeur blanche. Dans les antécédents le malade croit se souvenir avoir dans l'enfance présenté un accident pulmonaire.

Un tuberculine-test en Avril 1944 montre :

RL +

RS +

RG +++ 39°2

La réaction syndromique caractérisée par une pleurodynie bilatérale. Rien du côté des genoux. A noter que dès la 2^e injection du test le malade a éprouvé une amélioration qui s'est poursuivie lors du traitement institué durant plusieurs mois. Le malade a présenté des réactivations locales.

OBSERVATION 28. — C... Paul.

Début en Juillet 1942, où, après une chute sur le genou gauche, il présente une hydarthrose.

D.U. en Avril 1943 pour tumeur blanche du genou gauche. A son arrivée à Créteil, il présente un genou légèrement empâté, chaud, sans points douloureux. La flexion est limitée à 90°. Il présente de plus une adénopathie inguinale gauche.

Le tuberculine-test est pratiqué le 3 Mai 1944. A ce moment le malade circule avec une gouttière plâtrée, mais présente toujours des douleurs dans son articulation parfaitement sèche à cette date :

Les résultats sont :

R L +

R S o

R G o

Les injections sont pratiquées aux dates suivantes :

Le 3 Mai 1944 : 1 mgr.

Le 7 Mai 1944 : 3 mgr.

Le 12 Mai 1944 : 5 mgr.

A ce moment, on décide de continuer les injections de tuberculine et, n'ayant eu aucune réaction, ni syndromique, ni générale, le 19 Mai nous injectons 7 mgr., mais le malade présente le 21 une hémorragie intestinale importante. Le malade, examiné par la suite par le Docteur DEBRÉ, au point de vue intestinal, ne présente aucun signe apparent de tuberculose intestinale. Le traitement est suspendu.

OBSERVATION 29. — L... Pierre.

Début en Mars 1941 où le malade fait une pleurésie droite, puis au début de 1943, une hydarthrose du genou droit.

En Juillet 1943, à son arrivée, on trouve un genou sec, aucun ganglion, flexion limitée. La radio montre une légère décalcification du genou. Le malade présente des douleurs à la marche.

En Mai 1944, un tuberculine-test montre :

R L +

R S +

R G ++

La réaction syndromique caractérisée par une pleurodynie droite. Rien du côté du genou. Un traitement est institué qui amène une amélioration fonctionnelle notable. Le malade a présenté des douleurs abdominales.

OBSERVATION 30. — V... René, 25 ans.

Début en Mars 1941. Brusquement douleur dans le genou droit, gonflement, température à 39°. Ponctionné et plâtré. D.U. en Août 1942 pour tuberculose du genou.

Il arrive à Créteil avec un genou droit légèrement augmenté de volume, effacement des méplats, existence d'un choc rotulien. Pas de douleur à l'interligne, atrophie du quadriceps, légère adénopathie inguinale droite, flexion et extension limitées. Radio : absence de lésion osseuse.

En Juin 1944, le tuberculine-test montre :

R L +

R S o

R G +++ 39°

Le traitement à la tuberculine institué durant plusieurs mois ne donne aucune amélioration.

OBSERVATION 31. — O... Marcel, 32 ans.

Début en Mars 1943 où il reçoit un coup de fourche sur le genou droit. D.U. en Juin 1943 pour tumeur blanche du genou droit. On constate à son arrivée une tuméfaction globuleuse du genou droit qui est douloureux ; effacement des méplats, une légère amyotrophie de la cuisse, pas d'adénopathie, crépitation à la flexion et hydarthrose. La radio ne montre rien, le malade est mis au repos.

En Juin 1944, où le tuberculine-test est fait, on constate un genou d'aspect normal, pas d'amyotrophie, pas d'adénopathie, une gêne à la marche, un léger empâtement sous la rotule et de la crépitation à la flexion.

R L +

R S o

R G ± 37°5

Un traitement à la tuberculine a été institué durant quelques mois, qui ne semble pas avoir modifié quoi que ce soit.

OBSERVATION 32. — L... Maurice.

Début en Août 1941, où le malade présente une hydarthrose du genou gauche, puis en Septembre 1941 une pleurésie gauche, enfin en Novembre 1941 une pleurésie droite.

En Mai 1943, le malade est rapatrié pour tuberculose osseuse. A son arrivée, la genouillère plâtrée enlevée, on trouve un genou un peu globuleux mais sec, sans aucun ganglion inguinal, ni rétrocrural, une atrophie du quadriceps. Le malade est apyrétique. La radio montre une légère décalcification homogène du genou gauche. La radio pulmonaire montre les sinus costodiaphragmatiques comblés, pas d'image lésionnelle.

Le malade est mis à la marche.

Un tuberculine-test fait en Avril 1944, montre :

R L + + +

R S +

R G + + +

La réaction syndromique caractérisée par une pleurodynie bilatérale. Rien du côté du genou.

OBSERVATION 33. — L... Jean.

Début en octobre 1942 par des douleurs dans le genou droit suivies d'une hydarthrose. Il est ponctionné puis plâtré.

A son arrivée à Créteil en Février 1943, on trouve un genou droit globuleux mais sec, sans ganglions inguinaux ni rétrocruraux. Aucune douleur. La radio montre une légère décalcification. Le malade est mis à la marche et on mobilise son articulation, quoiqu'il présente toujours les mêmes douleurs. En Avril 1944, à la suite de gastralgies, une radio montre la présence d'un tumeur du bulbe duodénal.

En Mai 1944, un tuberculine-test montre :

R L + + +

R S o

R G +

Un traitement est institué durant 4 mois qui n'amène qu'une médiocre amélioration fonctionnelle.

OBSERVATION 34. — J... Roger, 25 ans.

Début en Août 1941 où le malade présente des douleurs dans le genou droit avec augmentation de volume et gêne à la marche. Il est hospitalisé et on l'immobilise dans un plâtre.

Rapatrié en Juillet 1943 pour hydarthrose du genou droit suspect de tuberculose osseuse.

A l'examen, on trouve un genou globuleux chaud, une hydarthrose importante. Il existe une adénopathie inguinale droite.

La radio montre un pincement articulaire. Le malade est remis en botte plâtrée jusqu'en Mars 1944, où l'on trouve un genou sec, un peu chaud, la radio ne montre pas de lésions osseuses décelables.

En Avril, un tuberculine-test montre :

R L +

R S o

R G o

Un traitement est institué durant 6 mois qui ne donne pas une amélioration fonctionnelle notable.

OBSERVATION 35. — B... Victor.

Début en Octobre 1943 où l'on serait intervenu pour un abcès (?) du pied droit. Le malade est ensuite plâtré et rapatrié en Décembre 1943 pour tuberculose osseuse.

La radio montre une décalcification du tarse, l'interligne est indiscernable, l'articulation est en voie d'ankylose. On soumet le malade à l'épreuve de la marche ; il reste apyrétique, mais présente des douleurs intenses.

Un tuberculine-test pratiqué le 22 Avril 1944 montre :

R L +

R S o

R G +

Un traitement est institué qui amène une amélioration fonctionnelle notable. A noter que ce malade présente par 2 fois des abcès froids locaux, suite d'injections réactivées par d'autres injections suivantes.

OBSERVATION 36. — P... Wadislaw..

Début en Mai 1942 par des douleurs dans les deux jambes à la marche. Immobilisation plâtrée. En Mai 1943, l'examen clinique se montre négatif. Les radios montrent une légère décalcification des deux tarses. Des algies lombaires existent sans aucun substratum radiologique.

Un tuberculine-test en Avril 1944 montre :

RL +

RS o

RG o

OBSERVATION 37. — T... Edmond, 36 ans.

Début en Octobre 1943 où le malade ressent une douleur au pied gauche en sautant, puis présente ensuite un gonflement du pied. Il est plâtré et fait D.U. en janvier 1944 pour tumeur blanche de l'articulation astragalocalcanéenne.

En Mars 1944, à son arrivée à Créteil, l'examen clinique se montre entièrement négatif, la radio montre une décalcification homogène du tarse gauche. La marche est autorisée et le malade est maintenu en observation.

Un tuberculine-test en juin montre :

RL +++

RS o

RG o

Le traitement poursuivi durant 5 mois, donne une bonne amélioration fonctionnelle.

OBSERVATION 38. — M... Paul.

Début en 1941 par des douleurs à la marche. En Mars 1942, la radio montre un aspect d'ostéite et d'arthrite de la région inférieure du tibia, du calcanéum et de l'articulation tibio tarsienne. Il est immobilisé dans un plâtre et présente en Juillet 1942 un abcès du tiers inférieur de la jambe qui se fistulise. Un tuberculine-test fait en Août 1944 montre :

RL +

RS o

RG o

OBSERVATION 39. — M... Charles, 43 ans.

Début en Février 1944 où il aurait été opéré, pour un hallux valgus (?). Rapatrié en Mars 1944 pour une arthrite tuberculeuse du métatarse gauche.

A son arrivée on trouve un pied tuméfié avec une large plaie atome du bord interne du pied gauche, un trajet fistuleux, une suppuration moyenne.

Un tuberculine-test en Mai 1944 montre :

RL +

RS +

RG o

La réaction syndromique caractérisée par une suppuration plus abondante.

CONCLUSION

Dans ces observations, on relève :

1) d'une part 7 tuberculine-test positifs avec 6 traitements poursuivis et 4 améliorations, 2 échecs,

2) d'autre part chez ceux dont le tuberculine-test était négatif, sur 10 nous avons eu six améliorations dont 5 médiocres que nous ne pouvons guère attribuer au traitement.

Nous pouvons en conclure une plus grande efficacité du traitement sur un terrain tuberculeux avec tuberculine-test positif.

VII. — DEUX OBSERVATIONS PARALLÈLES

A ÉTUDIER SÉPARÉMENT

OBSERVATION 40. — R... ..

Antécédents : Pleurésie à l'âge de 7 ans.

En Juin 1940, blessé par un éclat d'obus à la jambe droite et enseveli dans un éboulement.

En Août, il présente des algies dorsales, qui augmentent progressivement, même au repos. Gêne fonctionnelle, rai-

deur, apyrexie. Janvier 1941, légère boiterie, puis atténuation durant l'année. Mars 1942, réapparition d'algies lombaires à type sciatique. Mai 1942, grabataire.

16 Novembre 1942, arrivée à Créteil. Marche impossible, le malade ne tient pas sur ses jambes, les réflexes rotuliens, achilléens, sont diminués, on ne trouve rien à la radio (léger flou de l'interligne coxofémoral gauche).

En Janvier 1943, on le fait marcher avec des béquilles. En Mars 1943, une radio montre D 4 D 5 suspectes. En Avril 1943, pas de Pott, possibilité de nucleus pulposus.

26 Avril 1944, Coquille plâtrée, ostéophytes ant. — nucléus + (D 3 D 1) ?

2 Mai 1944, tuberculine-test montre :

R L +

R S +

R G +

La réaction syndromique caractérisée par une pleurodynie droite, algies dorsales avec réaction focale C 5 C 6 extrêmement nette. Attirés par cette réaction focale, nous pratiquons une radio centrée sur C 5. Celle-ci montre un pincement C 5 C 6. Le malade est alors mis en coquille puis greffé.

Aucune évolution morbide ne s'étant produite par la suite, on ne peut pas dire que ce malade a présenté un mal de Pott.

OBSERVATION 41. — L..., 34 ans (observation communiquée par M. le Docteur TURIAF).

En Janvier 1944, le malade, envoyé par le service d'urologie de M. Gouverneur pour des douleurs lombaires droites irradiant jusque dans le testicule droit. Douleurs spontanées (typiques de douleurs rénales) avec irradiation descendante jusqu'au testicule, continuelles, à prédominance nocturne entraînant insomnie (à type de douleur lancinante avec paroxysmes).

En même temps que les douleurs, la fièvre apparaît, irrégulière, légèrement oscillante, donnant une courbe désordonnée sans frissons ni sueurs, mais avec asthénie marquée. Amaigrissement important de 5 kilos depuis 1 mois et demi.

On ne trouve qu'un point douloureux bien localisé dans l'angle costo-musculaire d'une part et costo-vertébral de l'au-

tre. Douleur assez vive entraînant un certain degré de défense pariétale (on évoque une infection coli bacillaire aiguë).

Cuti + +.

Radio ne montre rien.

Radio pulmonaire I T N.

Le malade est alors mis en observation et divers examens sont pratiqués.

27 Février 1943. Urée, 0,40.

28 Décembre 1943. Culot urinaire. Assez nombreuses hématies bien conservées. Pas de cylindres. Globules blancs et cellules épithéliales. Pas de cristaux, pas de germes à l'examen direct.

1^{er} Janvier 1944. Traitement thiazomide 6 gr. aucun résultat.

15 et 26 Janvier 1944. Numérations et formules sanguines sans polynucléose, ce qui élimine une infection.

28 Janvier 1944. Hémoculture négative.

29 Janvier 1944. Intra-dermo réaction à la mélitine négative.

1^{er} Février 1944. Séro diagnostic négatif.

11 Février 1944. Séro diagnostic. Institut Pasteur, TAB négatif.

1^{er} Mars 1944. Tuberculine-test 11/2 mgr (car sujet fébrile).

R L +

R F +

R G + +

8 Mars 1944. 1 mgr.

R L +

R F + +

R G + +

15 Mars 1944. 3 mgr.

R L +

R F +

R G + + + 39°5

- 10 Mars 1944. Gluconate et stérogyl.
- 17 Mars 1944. Radio face et profil néant, malgré la réaction focale lombaire.
- 25 Août 1944: Pott L 1 L 2 qui s'est précisé peu à peu sur des radios successives.

Puis le malade a été greffé. L'évolution morbide a cependant amené la production d'un abcès du psoas droit.

CONCLUSIONS

Quelle est la valeur du Tuberculine-test d'après les résultats que nous avons observés ?

Le premier fait que nous avons remarqué, c'est qu'il ne faut tenir compte chez nos malades que des trois premières injections — la tuberculine injectée à une certaine dose n'est plus spécifique, les phénomènes de choc qu'elle provoque sont alors prépondérants et peuvent déclancher des réveils de foyers nullement tuberculeux (obs. 4).

Il resterait à déterminer le seuil de non spécificité et à examiner s'il n'est pas variable suivant les individus. Ce travail statistique purement expérimental serait d'ailleurs assez illusoire, car il ne peut être mené que sur des sujets ne présentant aucune imprégnation tuberculeuse, quelle qu'elle soit, aucune réaction syndromique, or les résultats ne seront pas valables pour ceux pour lesquels le Tuberculine-test présente un intérêt, ceux chez lesquels il se révèle positif.

Il faudrait chez des tuberculeux certains, déterminer le seuil réactionnel inférieur. Nous n'avons trouvé sur ce point aucun renseignement statistique dans la littérature actuelle. N'ayant pratiqué le tuberculine-test que sur 7 tuberculeux osseux certains, nous n'avons pas cherché ce seuil réactionnel inférieur, le résultat n'étant intéressant qu'étudié d'une manière statistique. Un seul point dans ce sens est

à signaler : dans l'observation que nous a communiquée M. le Docteur TURIAF, la première réaction a été déclanchée par une dose moitié ($1/2$ mgr.) de celle dont nous nous sommes servis pour nos premières injections.

Ce seuil réactionnel inférieur indiquerait-il d'ailleurs la spécificité du tuberculine-test ?

La réaction syndromique du point de vue clinique semble être en faveur d'une certaine spécificité, car elle est vraiment typique et un œil averti ne peut s'y tromper surtout lorsque l'on peut encadrer ces réactions chez des sujets douteux en des réactions témoins chez des sujets tuberculeux certains d'une part et non tuberculeux d'autre part.

Nous n'avons pas toutefois pratiqué chez nos tuberculeux positifs la contre épreuve qui aurait été l'injection de produits pouvant déclancher des phénomènes de choc afin de voir s'ils provoqueraient eux aussi à petites doses un tableau analogue à celui que nous qualifions de réaction syndromique positive.

Quoiqu'on sache que chez les tuberculeux on obtient des réactions à diverses substances non spécifiques, rien ne permet d'affirmer que c'est parce qu'ils sont tuberculeux qu'ils ont réagi ainsi, seule une étude statistique permettrait de montrer si les tuberculeux sont plus sensibles que les sujets normaux dans quelle mesure et à quels produits, et surtout si ces produits déclanchent non seulement une réaction générale et une réaction locale, mais aussi une réaction syndromique.

Nous nous permettons d'insister sur cette réaction syndromique, sur laquelle M. le Docteur TURIAF insiste tout spécialement dans ses derniers articles. Les renseignements que nous avons recueillis dans la littérature ne parlent que de la réaction fo-

cale et ne font pas mention de la réaction syndromique.

A notre avis, le problème de la réaction focale est différent et il faut le séparer du tableau syndromique.

Pour expliciter notre point de vue, nous allons revenir aux deux observations n° 41 du Docteur TURIAF et la nôtre n° 40, que nous avons présentées en diptique tant à cause de leur similitude que de l'intérêt primordial qu'elles ont à être étudiées parallèlement.

La réaction syndromique a existé dans les 2 cas — dans les 2 cas également une réaction focale a été mise en évidence —. Mais un malade a évolué normalement et a présenté un mal de Pott typique, l'autre est resté avec un pincement du disque intervertébral et n'a pas évolué, nous ne pouvons donc pas parler chez lui de tuberculose osseuse telle qu'elle est décrite actuellement.

Nous ne pensons pas que la réaction focale soit donc spécifique au sens où les auteurs l'ont entendu jusqu'à l'heure actuelle. Seule la réaction syndromique a une valeur absolue. La réaction focale n'a qu'une signification toute relative. Nous aboutissons ainsi pour le tuberculine-test à une spécificité d'imprégnation tuberculeuse et à rien d'autre.

Deux autres points d'ailleurs nous ont frappés lorsque nous avons comparé nos résultats avec ceux des autres auteurs. Le premier c'est que nos trois spondyloses n'ont présenté aucune réaction syndromique et aucune amélioration par le traitement contrairement à ce qui a été dit jusqu'à présent.

Le deuxième point c'est que, contrairement à ce que nous attendions malgré 9 réactions syndromiques positives, nous n'avons pas eu de réaction focale articulaire chez nos 22 suspects, ce qui nous

amène à constater le peu de fréquence du rhumatisme tuberculeux.

Les améliorations qui se sont produites après traitement n'ont qu'une valeur relative, car l'évolution d'une arthrite est très variable et il est difficile de déceler dans quelle mesure on peut influencer sur elle.

Il est cependant remarquable qu'une observation minutieuse nous a permis de déceler une amélioration certaine dans 16 cas. Sur ce nombre, 9 avaient présenté une réaction syndromique.

Il est à remarquer et à souligner 2 faits, l'un qui s'est répété plusieurs fois où nous avons poursuivi le traitement quoiqu'il n'y ait pas eu de réaction syndromique positive donc de tuberculine-test positif et où nous avons noté une légère amélioration. On peut penser s'être alors servi de la tuberculine uniquement que comme d'une protéine vulgaire pour une thérapeutique de choc. Mais le 2^e fait curieux qui vient en contradiction avec le précédent c'est l'amélioration enregistrée à l'observation n° 27 et qui s'est produite dès la deuxième injection du tuberculine-test, donc avec des doses infimes.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons tirer 2 enseignements de cette étude au point de vue traitement, le premier est son action variable mais appréciable dans certains cas, le deuxième est que le traitement n'est pas spécifique.

Un point que nous jugeons important et sur lequel nous voudrions nous arrêter, pour étudier la signification qu'il porte, c'est celui des réactivations que nous avons eues.

Non seulement les malades ont présenté le réveil plus ou moins important de leurs anciennes lésions tuberculeuses (adénites, ostéites, pleurésies)

mais nous avons enregistré plusieurs réactivation : d'injections précédentes. Et ce, non seulement chez des malades tuberculeux reconnus, ou présentant une réaction syndromique positive, mais également chez des sujets ne présentant aucun signe d'imprégnation tuberculeuse.

Que faut-il en conclure ?

Une injection de tuberculine aurait-elle provoqué un changement dans les modes réactionnels humoraux ? Une modification de ce que l'on appelle l'allergie du sujet ?

Mais alors pourquoi cette réaction ne se produit-elle pas à chaque injection ?

On peut se demander s'il n'y a pas là aussi une question de seuil et de dose individuelle.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons émettre une hypothèse sur le mécanisme de cette réactivation et constater que lorsqu'elle existe, l'injection de tuberculine se conduit comme un foyer tuberculeux vis-à-vis de l'injection suivante et ce que nous avons pu examiner nous a fait songer à une analogie avec des phénomènes anaphylactiques dans le mécanisme des phénomènes congestifs, la première injection pouvant être considérée comme préparante, l'autre déclenchante, anaphylactie purement locale, puisque le sujet (obs. 4) ne présente aucune réaction générale.

Du point de vue théorique d'ailleurs, cela explique la réaction syndromique, la tuberculine provoquant des phénomènes congestifs partout où se trouve antérieurement de la tuberculine.

La tuberculine semble remanier non seulement le foyer tuberculeux mais aussi les tissus fragilisés par les poisons tuberculeux que le foyer déverse dans l'organisme à petites doses mais depuis longtemps.

Ces tissus semblent avoir acquis des facultés

réactionnelles extrêmement développées vis-à-vis de tout apport nouveau de tuberculine (quelle qu'en soit la voie de pénétration).

Les phénomènes hépatodigestifs associés sont le témoignage des efforts de l'organisme pour fixer ou éliminer les toxines bacillaires tuberculeuses. Et pour les réactions secondes, nous nous rallions à ce que dit M. le Docteur TURIAF : « Leur prépondérance sur un organe ou un système donné, broncho, vaso moteur, articulaire, cutané, oculaire, endocrinien, est en quelque sorte fonction de localisations pré-existantes de l'imprégnation toxinémique bacillaire.

Ce processus localisateur est vraisemblablement lié à la voie empruntée par l'organisme pour neutraliser ou éliminer les poisons tuberculeux. Voie qui varie d'un individu à un autre, voie fixée par l'hérédité, les tares congénitales ou acquises, en un mot par le terrain. »

CONCLUSIONS

— Nous avons pratiqué dans le service du Docteur Gérard MARCHANT, à Créteil, 40 tuberculine-test et poursuivi 20 traitements à la tuberculine.

— L'inocuité tant du tuberculine-test, que du traitement, est absolue, et l'on peut injecter des doses importantes de tuberculine.

— Le tuberculine-test a une valeur certaine, la réaction focale n'étant comprise que comme un des éléments de la réaction syndromique, celui d'ailleurs qui permet d'attirer l'attention de la clinique sur un point précis.

— Le traitement s'est révélé avoir une valeur thérapeutique réelle lorsqu'on l'appliquait à des sujets présentant un tuberculine-test positif.

— Nos trois spondyloses ont eu un tuberculine-test négatif et n'ont été améliorés en aucune manière par le traitement.

— Nous avons pu mettre en évidence plusieurs fois des phénomènes de réactivations locales en cours de traitement, même chez des sujets à tuberculine-test négatifs.

Vu : *Le Doyen,*
LÉON BINET.

Vu : *Le Président,*
MATHIEU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
G. ROUSSY.

Observations	Antécédents de nature tuberculeuse	Diagnostic	Résultats du T.T.	Caractéristiques de la réaction syndromique	Traitement à la Tuberculine Durée; Dose tot. inject.; Résultats	Incidents Réactivation
N° 1 C... Léon		Fracture de la colonne / L2	RL + RS 0 RG 0	Néant		
N° 2 B... Marcel		Ostéomyélite / fémur gauche	RL + RS 0 RG 0	Néant		
N° 3 T...		Ostéomyélite / fémur droit	RL + RS 0 RG 0	Néant		
N° 4 P... Henri		Arthrite blennor. sacro iliaque droite	RL + RS 0 RG ± 37°5	Néant	D : 1 mois. D.T.I. : 52 mg. R. : Néant.	Réactiv. locale réact. polyartic. à 1 inj. de 2 ctg.
N° 5 T...		Arthrite blennorrhagique genou gauche	RL + RS 0 RG 0	Néant		
N° 6 L... Yves		Spondylose	RL + RS 0 RG 0	Néant	D : 5 mois. D.T.I. : 537 mg. R. : Néant	
N° 7 P...		Spondylose Suspect de Pott C3 C4 C5	RL + RS 0 RG 0	Néant	D : 5 mois. D.T.I. : 537 mg. R. : Néant.	
N° 8 R. Pierre	?	Spondylose Suspect de Pott (pincement L2 L3)	RL + RS 0 RG +	Néant	D : 4 mois. D.T.I. : 437 mg. R. : Néant.	

N° 9 P...	Pleurésie gauche	Pott L2 L3 abcès froid xyphoïd. algies polyarticul.	RL ++ RS + RG +	Pleurodynie gauc. Algies vertébrales de L1 à L4 Réactiv. de l'ab- cès fr. xyphoïdien	D.: 2 mois. D.T.I.: 126 mg. R.: disp. algies.	Réactivations d'injections micro abcès froid
N° 10 C. Albert		Coxalgie droite T.B. genou droit T.B. tib.-tars. dr. Alg. polyartic. du memb. inf. gauche	RL + RS + RG +	Réaction foc. au niv. articul. du memb. inf. droit	D.: 3 mois. D.T.I.: 180 mg. R.: Néant.	Troubles hépato- digestifs
N° 11 F. Albert	Tuberculose rénale	Algies vertébrales	RL + RS + RG +	Douleurs lombaires rénales	D.: 3 mois. D.T.I.: 86 mg. R.: lég. amélior.	Troubles hépato- digestifs
N° 12 G...		Ostéite du sca- phoïde gauche Alg. vertébrales	RL + RS + RG +	Congestion locale au niveau du tarse		Vomisse. Doul. dans la fosse iliaque droite
N° 13 L... Henri		Pott D11 D 12 Algies polyarticulaires	RL + RS + RG +	Algies vertébr. D10 D11 D12 Alg. polyarticul.	D.: 4 mois. D.T.I.: 125 mg. R.: disp. algies.	Troubl. hépato- intestin. Abcès marge de l'anus
N° 14 P... Jean	Arthrodèse pour ostéite para articu- laire sacro iliaque droite	Lombarthrie	RL + RS + RG +	Réaction focale sacro iliaque droite	D.: 4 mois. D.T.I.: 168 mg. R.: faibl. amél.	
N° 15 M...	Pleurésie gauche	Ostéite 12 ^e côte l. Abcès fr. thorac. Suspect de Pott	RL + RS + RG +	Pleurodyn. gauche Doul. cost. gauch. à l'endr. de 12C écoulement purul. plus abondant	D.: 5 mois. D.T.I.: 650 mg. R.: lég. amélior.	Douleurs abdom. Troubles hépato digestifs

Observations	Antécédents de nature tuberculeuse	Diagnostic	Résultats du T.T.	Caractéristiques de la réaction syndromique	Traitement à la Tuberculine Durée; Dose tot. inject.; Résultats	Incidents Réactivation
N° 16 C...		Arthrite polyarticulaire	RL 0 RS 0 RG +	Néant	D.: 3 mois. D.T.I.: 135 mg. R.: Néant.	
N° 17 S...		Suspect de Pott	RL+++ RS 0 RG+++39°	Néant	D.: 4 mois. D.T.I.: 174 mg. R.: médiocre.	Gastralgies Réactivations d'injections
N° 18 A. Robert		Suspect de Pott	RL + RS 0 RG 0	Néant		
N° 19 L...		Suspect de Pott	RL + RS 0 RG 0	Néant	D.: 2 mois. D.T.I.: 99 mg. R.: disp. algies.	
N° 20 L...	Epididymite droite	Lombarthrie bilatérale	RL + RS 0 RG 0	Néant		
N° 21 V...	Pleurésie droite, fistule anale	Lombarthrie	RL + RS + RG +	Pleurodynie droite	D.: 3 mois. D.T.I.: 113 mg. R.: lég. amélior.	Troubles digestifs
N° 22 D. Gaston	Pleurésie droite	Suspect de Pott	RL + RS + RG +	Pleurodynie droite	D.: 5 mois. D.T.I.: 320 mg. R.: Néant.	
N° 23 L...	Abcès froid sternal	Suspect de Pott	RL + RS + RG +	Réaction inflamm. au niveau de l'abcès sternal	D.: 3 mois. D.T.I.: 125 mg. R.: dim. algies.	

N° 24 L...	Pleur. gauche, adénite cervicale	Suspect de Pott	RL + RS + RG +	Pleurod. gauche réaction inflamm. des adénites		Pleurodynie droite (sans substratum)
N° 25 F...		Arthrite poignet gauche	RL + RS 0 RG 0	Néant		Réactivations locales. Micro abcès froid
N° 26 T...		Hydrosadénite de l'aisselle droite Arthr. épaule dr.	RL + RS 0 RG+++40°	Néant	D. : 5 mois. D.T.I. : 600 mg. R. : dim. algies.	Réactivations locales
N° 27 R...	Pleurésie bilatérale	Suspect de T.B. du genou droit	RL + RS + RG +++	Pleurodynies	D. : 3 mois. D.T.I. : 310 mg. R. : disp. algies.	Hémorr. intest. 2 jours après une dose de 7 mg.
N° 28 C...		Arthrite genou gauche	RL + RS 0 RG 0	Néant		Douleurs abdominales
N° 29 L...	Pleurésie droite	Arthrite genou droit	RL + RS + RG ++	Pleurodynie droite	D. : 3 mois. D.T.I. : 103 mg. R. : améliorat.	
N° 30 V...		Arthrite genou droit	RL + RS 0 RG+++	Néant	D. : 4 mois. D.T.I. : 363 mg. R. : Néant.	
N° 31 O...		Arthrite genou droit	RL + RS 0 RG ±	Néant	D. : 3 mois. D.T.I. : 250 mg. R. : Néant.	
N° 32 L...	Pleurésies bilatérales	Arthrite genou gauche Lombarthrie	RL+++ RS+ RG+++	Pleurodynies		

Observations	Antécédents de nature tuberculeuse	Diagnostic	Résultats du T.T.	Caractéristiques de la réaction syndromique	Traitement à la Tuberculine Durée; Dose tot. inject.; Résultats	Incidents Réactivation
N° 33 L...		Ulçère du bulbe duodénal. Arthr. genou droit	RL+++ RS 0 RG +	Néant	D.: 4 mois. D.T.I.: 420 mg. R.: médiocre.	
N° 34 J...		Arthrite genou droit	RL + RS 0 RG 0	Néant	D.: 6 mois. D.T.I.: 464 mg. R.: médiocre.	
N° 35 B...		Arthrite tibio-tarsienne droite	RL + RS 0 RG +	Néant	D.: 4 mois. D.T.I.: 529 mg. R.: amél. notab.	Réactivations locales
N° 36 P...		Tarsalgie avec décalcification	RL + RS 0 RG 0	Néant		
N° 37 T...		Arthrite astragalo-calcanéenne	RL+++ RS 0 RG 0	Néant	D.: 5 mois. D.T.I.: 400 mg. R.: amélioration	
N° 38 M...		Arthrite tibio-tarsienne	RL + RS 0 RG 0	Néant		
N° 39 M...		Arthrite du métatarse gauche avec abcès fistulisé	RL + RS + RG 0	Suppuration plus abondante		

